

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS PROVOQUÉS
POUR VICIATIONS PELVIENNES

pratiqués à la Maternité de la Charité, Année 1903 à 1920



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean A. de LAGENEST

EXTERNE DES HOPITAUX

né à Mâcon, Saône et Loire, le 3 Août 1892



LYON
IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ
9, RUE QUATRE-CHÂPEAUX

—
Avril 1920

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
Accouchements Prématurés Provoqués
pour Viciations Pelviennes
pratiquées à la Maternité de la Charité
Année 1903 à 1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . *Doyen* — LÉPINE . . . *Assesseur*

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique biologie, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie Pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladie des oreilles du nez et du larynx.	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires.	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X...	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	DUROUX
BARRAL	BRETIN	GARIN	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	LERICHE	SAVY	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT (LÉON)	FROMENT	SARVONAT id.
LAROYENNE	TAVERNIER	THÉVENOT (LUCIEN)	GRAVIER id.
VORON	CADE	PIÉRY	ROUBIER id.
NOGIER	GUILLEMARD	COTTE	FAVRE id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président* ; COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. VORON, TAVERNIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920 - N° 181

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR LES
ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS PROVOQUÉS
POUR VICIATIONS PELVIENNES

pratiqués à la Maternité de la Charité, Année 1903 à 1920



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Avril 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean A. de LAGENEST

EXTERNE DES HOPITAUX

né à Mâcon, Saône et Loire, le 3 Août 1892



LYON

IMPRIMERIE DU CENTRE — COMMARMOND & SALLAZ

9, RUE QUATRE-CHAPEAUX

—
Avril 1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lyon

Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COMMANDEUR

Accoucheur des Hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Qui nous a inspiré cette thèse et
nous a guidé de ses conseils.

Qu'il reçoive ici l'assurance de notre
respectueux attachement.

INTRODUCTION

L'accouchement prématuré provoqué dans les viciations du bassin, parce qu'il préservait souvent la vie de l'enfant et qu'il soustrayait la mère à des complications quelquefois fatales, a joui longtemps d'une grande faveur. En faire l'historique détaillé, depuis Ambroise Paré et Louise Bourgeois, et en marquer les différentes étapes sortiraient du cadre de ce travail. Il fut et il est toujours employé à interrompre une grossesse dans l'albuminurie grave, la mort habituelle du fœtus, les accidents gravido-cardiaques, etc : là il constitue le procédé de choix. Mais les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie ayant mis à l'ordre du jour l'utilisation des opérations sanglantes (césarienne et pubiotomie) dans les cas de rétrécissement du bassin, l'accouchement prématuré provoqué, d'abord très en faveur, fut, sur ce terrain, combattu et accusé d'être un procédé insuffisant et inférieur.

D'ailleurs, si les auteurs étaient d'accord sur l'époque à laquelle devait être interrompue la grossesse et sur les déformations pelviennes, qui motivaient cette interruption, ils ne l'étaient plus quant aux moyens à employer. Les uns étaient partisans de la bougie de Krause, alors que d'autres l'accusaient de perforer trop facile-

ment les membranes et de donner une mise en travail trop lente. Des accoucheurs employaient systématiquement le ballon de Tarnier et celui de Champetier de Ribes, d'autres reprochaient à l'un de ne pas rester en place un temps suffisant; à l'autre, d'agir brutalement et de gêner l'engagement.

Sans vouloir ouvrir un débat entre les opérations sanglantes et la provocation de l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis et sans rechercher le meilleur mode opératoire et l'instrumentation idéale, nous voudrions essayer de montrer, par l'étude des statistiques du Service de la Maternité de la Charité, de l'année 1903 à l'année 1920, que l'accouchement artificiel avant terme, dans les pelvis anormaux, ne mérite pas la défaveur dans laquelle il est tombé dans certains centres obstétricaux.

MOYENS - MODE OPÉRATOIRE - ACCIDENTS

L'agent le plus simple, le plus pratique, est la bougie de Krause, calibrée à la filière Charrière. Cette sonde ne doit pas être cependant trop flexible de crainte de la voir se replier sur elle-même, au moment de son introduction. La bougie de Krause est le seul instrument employé dans le service de la Maternité. L'expérience de nombreuses années a consacré l'emploi du numéro 22 chez les primipares, les numéros 25 et 26 étant réservés aux multipares.

D'autres moyens existent susceptibles de remplacer la bougie de Krause, le ballon de Tarnier ou le ballon de petit volume de M. Plauchu en sont des exemples. Nous n'avons pas trouvé trace de leur emploi dans les observations du service.

Bougie de Krause ou ballon de Tarnier ne sont pas suffisants parfois pour mener à bien une mise en travail et le travail consécutif. Il est alors utile de se servir du ballon de Champetier de Ribes. Il intervient comme agent de dilatation lorsque le travail se ralentit ou s'arrête; il réveille les contractions et accélère la dilatation.

La formation du segment inférieur est l'acte impor-

tant qu'il convient de mener à bonne fin. Nous sommes aux dernières semaines de la grossesse. Le segment commence à s'ébaucher, il faut qu'il se constitue normalement, mais d'une façon artificielle et lente. Nous devons, pour le prématuré, plus encore que pour l'enfant à terme, chercher à obtenir un accouchement spontané. L'avantage de la bougie de Krause est de donner, de par son faible volume, cet accouchement à type se rapprochant du travail normal. L'examen fréquent et exact de la parturiente nous a renseigné sur ses diamètres pelviens utilisables et nous savons s'ils sont compatibles avec une accouchement spontané. Le débordement de la tête fœtale au-dessus de la symphyse pubienne ou son début d'adaptation sont bien appréciés. On ne cherche pas à aller vite. La bougie créant des contractions, mais ne dilatant pas le segment inférieur se constitue d'une façon normale et lente. L'accouchement est le plus souvent spontané, car la tête sollicitée doucement s'adapte mieux et s'engage bien. Nous avons trouvé dans une de nos observations, le cas d'une parturiente, dont la dilatation commença deux heures après l'introduction de la bougie, mais qui n'accoucha spontanément que 19 jours plus tard. Il est juste de dire que c'est un cas exceptionnel.

Le ballon de gros volume, au contraire, par sa masse mobilise la présentation et nuit à la succession des divers temps d'un accouchement qui pourrait et qui devrait être normal. La présentation a tendance à se mettre en transverse. De plus, le ballon favorise les douleurs exagérées et les contractures de l'anneau de Bandl.

La décision d'un accouchement artificiel avant terme prise, la parturiente a ses régions génitales soigneusement désinfectées. Après un grand bain tiède prolongé et un lavage vaginal iodo-ioduré, le col de l'utérus est badigeonné, sous le contrôle du spéculum, avec le mélange iode-acétone :

Iode	1 partie
Acétone	3 parties

Ceci la veille de l'opération. Le lendemain, jour de la mise en place de la bougie, nouveau badigeonnage à l'iode-acétone. La lèvre antérieure du col est saisie à la pince d'Hégar pour abaisser le col, l'étirer et l'empêcher de se plisser devant le bec de la sonde. Celle-ci est alors lubrifiée et introduite lentement en décollant l'œuf de la paroi utérine. Si le col est perméable, on introduit un doigt jusqu'à l'orifice interne; ce doigt servira de guide. Un aide remonte, par manœuvres externes, la tête le plus haut possible au-dessus du détroit supérieur. La femme est soumise à un repos de quelques heures, si elle présente un léger écoulement sanguin; autrement, elle retourne à la salle des expectantes.

Une bougie n'est pas toujours suffisante pour déterminer la mise en travail. La première est laissée en place trente-six heures, puis retirée. Après un repos de douze heures, on introduit une nouvelle bougie, en ayant soin chaque fois de prendre un numéro plus élevé de la série. Pendant quelques années, pour faciliter la mise en travail, on a introduit plusieurs bougies à la fois: deux en général. Ce procédé est abandonné à

l'heure actuelle, n'étant ni plus efficace ni plus sûr, et l'introduction de la deuxième bougie étant souvent l'occasion de la rupture des membranes.

Le mode opératoire de cette mise en travail prématuré ne vas pas sans créer quelques accidents plus ou moins graves. C'est là le sort de toute intervention.

Ces accidents, nous les trouvons du côté de la mère. Ils sont immédiats ou éloignés. Les premiers, dus à des fautes de technique ou à des insertions basses du placenta; les autres ressortissant du domaine de l'infection.

L'accident immédiat le plus commun est la rupture des membranes. Cette déchirure peut être due à une manœuvre d'introduction un peu brutale, à un passage de la sonde, au moment d'une contraction, ou enfin à une minceur et une fragilité extrêmes des parois de l'œuf. Cette rupture se manifeste, sur-le-champ, par une sensation de ressaut et de facilité trop grande de pénétration et par un écoulement liquide plus ou moins abondant. C'est là un accident fâcheux, car la poche des eaux est un précieux agent de dilatation, surtout dans un bassin rétréci. Il est nécessaire, pour ne pas amener un travail trop long, de procéder dans la suite à une dilatation artificielle au ballon de Champetier de Ribes. C'est, de plus, une porte ouverte à l'infection pour la mère et pour l'enfant.

Le deuxième accident, assez fréquent, du reste, est l'hémorragie légère. Dès que l'on constate un écoulement sanguin s'accompagnant de résistance, il ne faut

pas aller plus loin. La sonde doit être retirée et replacée dans une autre portion de l'utérus. Il ne faut pas exagérer cependant l'importance de ces petites pertes sanguines. Le plus souvent, sans avoir rencontré de résistance, et une fois la bougie en place, il se produit une légère hémorragie. Il n'est pas nécessaire de retirer la sonde; il suffit de laisser reposer la femme pendant une heure pour voir cesser cet écoulement.

Autrement impressionnante et grave est l'hémorragie abondante due à la lésion d'un gros vaisseau sanguin: elle est difficile à arrêter. Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas dans les statistiques de 1903 à 1920. Aussitôt la sonde en place, la malade fut prise d'une violente hémorragie. On fit une version et une extraction rapide. Il aurait, peut-être, suffi de fermer quelques minutes le col avec deux doigts ou avec la pince préconisée par M. le professeur M. Polosson pour être maître de cette hémorragie. L'application d'un ballon de Champetier de Ribes aurait permis aussi de la maîtriser.

Comme suites pathologiques maternelles, nous ne voyons guère que l'infection puerpérale grave. Dans nos recherches, nous n'avons trouvé, sur 92 cas, que 2 où les suites de couches furent sévèrement pathologiques. Les malades firent une infection puerpérale grave. Soignées par les procédés habituels — abcès de fixation — lavages térébenthinés; de ces deux malades: l'une guérit, l'autre sortit insuffisamment remise.

Du côté fœtal, on peut noter, comme nous l'avons vu dans quelques cas, la mort de l'enfant par souffrance due à la lenteur du travail ou à des traumatismes obstétricaux. Nous avons trouvé des procidences du

cordon et des membres, des présentations vicieuses :
bref, des accidents courants de la pratique obstétricale.

Nous pourrions citer, pour terminer, comme cause
d'insuccès, l'impossibilité d'introduction de la bougie.
Les observations du service n'en signalent pas la présence.

DATE ET DURÉE DE LA MISE EN TRAVAIL

La durée moyenne d'une gestation étant de quarante semaines, à quel instant de cette gestation doit-on mettre en travail une femme dont le pelvis est vicié et déformé, que son bassin soit aplati, rétréci ou aplati généralement rétréci ? C'est là le point le plus délicat de l'opération, car il faut permettre au fœtus de se développer le plus possible sans toutefois dépasser un poids et un volume tels que sa masse l'empêche de franchir la filière maternelle anormale. Les dimensions du bassin et ses diamètres utilisables sont les premières données à connaître.

Tarnier, à la suite de l'examen des dimensions du diamètre bi-pariétal de la tête fœtale aux différents mois de la grossesse, avait donné comme règle générale de faire accoucher, à huit mois, une femme de diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres; à huit mois et demi, une femme de promonto-pubien de 8 cm. 5.

Cette règle était un peu trop simple, car il convenait de tenir compte de la forme du bassin. Fochier modifia cette donnée générale. En s'inspirant de la forme du pelvis, forme simplement aplatie ou généralement rétrécie, ou combinaison de ces deux déformations, il con-

seilla d'avancer ou de retarder, suivant chaque bassin, le moment d'interruption de la grossesse.

Les règles générales énoncées par Fochier sont les suivantes :

1° Dans les bassins aplatis, l'âge auquel on interrompt la grossesse est donné par le diamètre antéro-postérieur — diamètre converti en mois — plus deux semaines. Un bassin aplati de 7 cm. 5 sera accouché prématurément à huit mois.

2° Dans les bassins généralement rétrécis, le moment d'interruption provoquée de la gestation est fourni par le diamètre promonto-pubien, avec quinze jours en moins. Une femme à bassin rétréci avec un promontoire à 9 centimètres, sera mise en travail à huit mois et demi.

3° Enfin, dans les pelvis aplatis et généralement rétrécis, ce même diamètre donne exactement l'âge de la terminaison anticipée de la grossesse.

Il est bon, chaque fois qu'il est possible, de soumettre la parturiente à une épreuve radiographique qui contrôle l'examen manuel et donne une indication plus précise.

Si la connaissance exacte du bassin était suffisante, il serait aisé de déterminer le moment « optimum » de la mise en travail. Mais la date des dernières règles et l'appréciation du volume de l'enfant sont d'autres données essentielles de cette équation obstétricale. Quelle en est l'exactitude ?

Les dernières règles et leur date fournissent des renseignements à peu près précis, sans exiger cependant une précision trop grande de leur part. Mais le volume

de l'enfant, ou plutôt celui de sa tête, sera-t-il apprécié exactement ? La hauteur utérine peut être exagérée ou difficile à mesurer par suite de l'antéversion de l'utérus. La méthode de Perret — ou recherche du diamètre de la tête fœtale par le céphalomètre — est imprécise, malgré la correction par la mesure du pli de la paroi abdominale. De plus, on ne sait jamais quelle sera la force des contractions utérines, le degré de souplesse de la tête et de son modelage et l'acte essentiel, chez le prématuré, sera l'accouchement de la tête.

Aussi, chez les primipares à bassins viciés, plusieurs auteurs ont proposé de laisser aller la grossesse à terme, de voir comme elle se termine et d'agir en conséquence pour les grossesses ultérieures. Chez les multipares, au contraire, aux données précédentes, on surajoute la notion d'une grossesse antérieure ayant donné, à un moment connu, un enfant de poids connu.

Il faut connaître également les dimensions antéro-postérieures d'un bassin, compatible avec un accouchement prématuré en donnant à l'enfant le maximum de chances de survie. En prenant la base médico-légale de six mois, comme celle de viabilité du fœtus, l'échelle des dimensions pelviennes compatibles avec un accouchement provoqué est grande. On peut aller jusqu'à un diamètre antéro-postérieur de 5 cm. 5, mais c'est donner au fœtus une chance de survie bien minime. En posant, en principe, qu'un enfant doit peser plus de 2.000 grammes à sa naissance pour se développer ensuite normalement, on peut dire que l'accouchement provoqué trouve ses indications dans les bassins compris entre 11 cm. et 7 cm. 5.

Les dimensions promonto-pubiennes de 11 cm. à 9 cm. 5 ne donnent lieu à une intervention que s'il y a des antécédents obstétricaux dystociques. Dans ces bassins, il y a lieu d'interrompre la grossesse deux ou trois semaines avant terme. Dans les bassins entre 9 cm. 5 et 7 cm. 5, on s'appuie sur les données énumérées plus haut.

C'est en tenant compte de ces données qu'ont été établis, dans le service, les diagnostics d'accouchements provoqués prématurés. Et parmi les femmes primipares ou multipares, reçues à la Maternité de la Charité pour être accouchées prématurément, nous avons trouvé :

- 1° 5 bassins aplatis, soit 5,5 p. %;
- 2° 29 bassins généralement rétrécis, soit 31,5 p. %;
- 3° 48 bassins aplatis et généralement rétrécis, soit 52 p. %.

Enfin, dix bassins anormaux plus nettement différenciés dont un b. cyphotique, deux obliques ovalaires de Nœgelé, un b. rachitique, un b. vicié par fracture, un b. vicié par luxation iliaque, un b. triangulaire, un b. asymétrique, un b. coxalgique et un b. ostéomalacique.

Nous avons cherché la date de mise en travail et nous avons rencontré :

- 1° Deux accouchements provoqués à sept mois chez une secundipare et une multipare;
- 2° Un accouchement provoqué à sept mois une semaine chez une primipare ;
- 3° Cinq accouchements provoqués à sept mois deux semaines : un chez une primipare, deux chez des secundipares et deux chez des tertipares;

4° Trente-quatre accouchements à huit mois, dont quatorze chez des primipares, huit chez des secondipares, six chez des tertipares et six chez des multipares;

5° Neuf accouchements provoqués à huit mois une semaine, dont trois chez des primipares, quatre chez des secondipares et deux chez des multipares;

6° Cinquante et un accouchements provoqués à huit mois deux semaines, dont dix-sept chez des primipares, douze chez des secondipares et douze chez des multipares.

Soit un total de quatre-vingt-douze accouchements provoqués entre sept mois, date la plus faible, et huit mois deux semaines, date la plus élevée.

Mais, pour chacune de ces femmes, la durée de la mise en travail n'a pas été la même. Cette durée ne fut pas uniforme. L'utérus n'a pas réagi de la même façon avec la même intensité, ni avec la même vitesse. Pour un certain nombre, il a fallu introduire plusieurs bougies; et, pour d'autres, employer la méthode combinée des bougies et des ballons. La mise en travail étant d'autant plus rapide que le segment inférieur était mieux constitué.

Nous avons constaté que cette durée de mise en travail fut pour :

De 0 à 12 heures pour 30 femmes, soit 24 %;

De 12 à 24 heures pour 4 femmes, soit 3,3 %;

De 24 à 48 heures pour 12 femmes, soit 10 %;

De 48 heures à 3 jours pour 16 femmes, soit 13 %;

De 3 à 5 jours pour 7 femmes, soit 5,7 %;

De 5 à 10 jours (deux à 10) pour 13 femmes, soit 11 %.

Enfin, 10 femmes, dont la durée de mise en travail n'a pu être retrouvée dans les observations.

Soit, sur 82 observations, 76 % des femmes accouchées prématurément, dont la durée de mise en travail a été inférieure à trois jours, et 24 % dont la durée a été supérieure à trois jours, sans dépasser, toutes ces femmes ayant accouché avant terme.

OBSERVATIONS DE LA MATERNITÉ DE LA CHARITÉ

Nous avons repris les observations obstétricales du service depuis 1903 et nous en avons trouvé 92, où l'accouchement prématuré fut provoqué pour viciations pelviennes. Nous avons résumé ces observations en conservant les indications, la date, le moyen, la durée de la mise en travail et les suites immédiates, pour l'enfant et pour la mère, de ce traitement de la grossesse.

ANNEE 1903

OBSERVATION I

H. M. — Mère : 19 ans. Primipare. Bassin aplati, généralement rétréci. Promonto-sous-pubien : 9 cm. 3. Acc. prém. prov. huit mois. 1 Bougie de Krause. Durée de la mise en travail : 24 heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.240 gr. Chute de poids de trois jours à 1.910 gr. Reprise régulière. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION II

D. E. — M : 20 ans. Primipare. Bas. généralement rétréci. P.S.P. : 10 cm. Acc. prém. prov. sept mois. 1 Bougie de Krause.

Mise en travail : trois jours. Suites normales, sauf 39°5 le quatrième jour, sans lendemain.

Enfant : Poids, 2.200 gr. A la sortie, le vingt-cinquième jour, 2.320 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

G. — M : 40 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P. : 9 cm. 3. Acc. prém. prov. 6 Bougies de Krause. 2 Ballons de Champetier. Mise en travail : huit jours. Procidence du cordon et d'un bras. Craniotomie. Suites normales.

Enfant : Mort. Poids, 2.400 gr.

OBSERVATION IV

M., femme C. — M : 25 ans. Secondipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P. : 10 cm. 2. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : non retrouvée. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.730 gr. A la sortie, 2.680 gr., nourri au sein maternel.

OBSERVATION V

G. V., femme O. — M : 45 ans. Xpare. Bas. ostéomalacique rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. 1 Ballon de Champetier. Mise en travail : trois jours. Présentation transversale. Hémorragies avant et après la délivrance. Infection puerpérale. Broncho-pneumonie. Sortie dans un état peu satisfaisant.

Enfant : Poids, 2.400 gr. Mort-né.

OBSERVATION VI

B. — 20 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P.S.P. 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : non retrouvée. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.230 gr. A la sortie, 2.710 gr., nourri au sein maternel.

ANNEE 1904

OBSERVATION I

M. C. — 22 ans, Secondipare. Un enfant de 1.560 gr. en 1902. Bas. mauvais. P.S.P. 9 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois. 3 Bougies de Krause. Mise en travail : sept jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.300 gr. Mis à la crèche le quatrième jour.

OBSERVATION II

D. — 19 ans. Primipare. Bas. coxalgique. Acc. prém. prov., huit mois. L'introduction de la bougie provoque une hémorragie abondante. Ballon de Champetier. Dilatation manuelle du col. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.220 gr. A vécu 45 minutes.

OBSERVATION III

P. M. — 22 ans. Primipare. Bas. asymétrique. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : douze heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.400 gr. A la sortie, 2.250 gr., nourri au sein maternel.

OBSERVATION IV

F. — 31 ans. Secondipare. Un acc. prém. en 1903, enfant vivant. Rétrécissement transversal du bassin. Acc. prém. prov. huit mois. 2 Bougies de Krause. 1 Ballon de Champetier. Mise en travail : trois jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 1.960 gr. Chute de poids de un jour à 1.870 gr. Stationnaire, puis reprise régulière. Mis à la gavage. Complément de tétée par biberon de lait de mère. 30 grammes toutes les deux heures. A la sortie, état satisfaisant. Poids, 2.010 grammes.

OBSERVATION V

P. — 20 ans. Primipare. Bas. aplati un peu généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois et deux semaines. 1 Bou-

gie de Krause. Mise en travail : quinze minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.160 gr. Chute de poids de trois jours, à 2.010 gr. 20 gr. de biberon de lait de mère au quatrième jour. Le sixième jour, toutes les deux heures. Au dix-neuvième jour, état satisfaisant à 2.560 gr.

ANNEE 1905

OBSERVATION I

L. — 24 ans. Primipare. Bas. rétréci. Acc. prém. prov., sept mois et une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : non retrouvée. Circulaire serré du cordon. Suites normales.

Enfant : Poids, 1,760 gr. Mort-né.

OBSERVATION II

M. — 22 ans. Secondipare. Bas. rachitique, un peu aplati. généralement rétréci. P. S. P. 10 cm. 2. 2 Bougies de Krause. Acc. prém. prov., sept mois. Mise en travail : 26 minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.180 gr. A la sortie, 2.460 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

C. — 22 ans. Primipare. Bas. aplati, généralement rétréci. P.S.P., 10 cm. 2. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : non retrouvée. Présentation de l'épaule. Dos en arrière. Version. Perforation de la tête dernière. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.480 gr. Mort-né.

OBSERVATION IV

L., femme R. — M : 27 ans. VIIpare. Bas. aplati généralement rétréci. P.S.P. : 8 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois.

2 Bougies de Krause. 1 Ballon de Champetier. Version. Mise en travail : non retrouvée. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.930 gr. Mort-né.

OBSERVATION V

D. — M : 21 ans. Tertipare. Bas aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : trois jours. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.670 gr. Chute de poids de trois jours à 2.560 gr. Mise en couveuse. 40 gr. au sein toutes les deux heures. A la sortie, état satisfaisant. Poids, 2.900 gr.

ANNEE 1906

OBSERVATION I

G. — M : 24 ans. Secondipare. Bas. aplati. P. S. P., 9 cm. 4. Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 4 Bougies de Krause. Mise en travail : quatre jours. Hydramnios. Infection légère. Suites normales.

Enfant : Poids : 1.490 gr. Mort-né.

OBSERVATION II

Ch. — M : 24 ans. Secondipare. Un enfant à terme en 1904 au forceps, vivant. Bas. aplati. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : non retrouvée. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.210 gr. A la sortie, 2.260 gr. Dans un état grave par diarrhée verte. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

G. — M : 32 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise

en travail : non retrouvée. Procidence du cordon. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.320 gr. Nourri au sein maternel. Etat satisfaisant à la sortie. Poids, 2.570 gr.

OBSERVATION IV

M. — M : 25 ans. Tertipare. 1° Césarienne; 2° Acc. prém. prov. en 1905. Bas. aplati généralement rétréci. P.S.P., 10 cm. 2. Acc. prém. prov., huit mois. Mise en travail : deux heures. Accouchement spontané dix-neuf jours après. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.310 gr. A la sortie., Poids, 2.100 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION V

S., femme Ch. — M : 38 ans. Xpare. Bas. plat. Un enfant vivant sur dix. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : deux heures.

Enfant : vivant nourri au sein. Mort à quatre mois de convulsions.

OBSERVATION VI

M., femme F. — M : 33 ans. Tertipare. 2 acc. antérieurs provoqués : un en 1903, vivant; un en 1904, mort à trois mois et demi. Bas. rachitique transversalement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause : vingt-quatre heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.400 gr. Chute de poids de trois jours à 2.200 gr. Reprise régulière. Couveuse. Nourri au sein maternel. A la sortie. Poids, 2.460.

ANNEE 1907

OBSERVATION I

T., femme C. — M : 25 ans. Tertipare. Un à terme, mort-né. Un provoqué, mort. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P.

10 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : trois jours. Infection légère. Suites normales.

Enfant : Poids, 1.950 gr. Chute de poids de trois jours à 1.810 gr. Reprise régulière. Nourri au sein maternel. Etat satisfaisant à la sortie à 2.330 gr.

OBSERVATION II

P. — M : 19 ans. Primipare. Bas aplati généralement rétréci. P. S. P. 9 cm. 8. Acc. prém. prov., huit mois et deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : quatre jours. Hémorragie de la délivrance. Néphrite. Infection légère. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.900 gr., vivant.

OBSERVATION III

T. — M : 27 ans. Secondipare. 1 enfant à terme, vivant, mort à 30 mois. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 8 cm. 5. Acc. prém. prov. : huit mois et une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : une heure. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.150 gr. Enfant prend le sein difficilement (10 gr.). On complète au biberon avec du lait de la mère. A parti du dixième jour, 50 gr., mais toujours difficilement. Nourri au sein maternel. Sorti dans un état satisfaisant à 2.050 gr.

OBSERVATION IV

R., femme B. — M : 30 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P. 9 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : six jours. Suites normales.

Enfant : Poids : 2.710 gr. Chute de poids de quatre jours. Reprise très lente. Nourri au sein maternel. Etat satisfaisant à la sortie. Poids, 2.540 gr.

OBSERVATION V

M. — M : 33 ans. Secondipare. 1 enfant à terme, mort à huit jours. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 1.

Acc. prém. prov. 5 Bougies de Krause. Mise en travail : dix jours. Utérus lent à se contracter. Forceps.

Enfant : Poids, 2,670 gr, ayant vécu 1 h. 30 minutes.

ANNEE 1908

OBSERVATION I

A. — M : 24 ans. Primipare. Bassin triangulaire rétréci transversalement. Luxation ilio-fémorale double. Acc. prém. prov., sept mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : soixante heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 1,850 gr. Chute de poids de quatre jours à 1,750 gr. Reprise lente; le onzième jour, à Longchêne en nourrice.

OBSERVATION II

P..., femme D. — M : 26 ans. Tertipare. Un accouchement en 1902; un en 1905, morts tous les deux. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P. : 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : une heure. Suites normales.

Enfant : Poids, 2,970 gr. Chute de poids de trois jours à 2,780 gr. Ictère jusqu'au huitième jour. Prend 50 gr. au sein. A la sortie : Poids, 3,100. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

C., femme R. — M : 34 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P. 11 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : soixante heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2,930 gr., mort-né. Fracture de l'occipital.

OBSERVATION IV

S., femme Ch. — M : 39 ans. XIpare. Dix accouchements. Neuf morts. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 2.

Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quinze minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.980 gr. Mort quinze heures après de convulsions.

OBSERVATION V

B. — M : 20 ans. Primipare. Bas. aplati un peu généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 6. Acc. prém. prov. : huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : huit heures 30 minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.570 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.300 gr. Reprise régulière au sein maternel. Poids, 2.970 gr. à la sortie, le vingt-cinquième jour; pris par l'assistance.

OBSERVATION VI

M. — M : 37 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : cinquante-deux heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.280 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.150 gr. Au troisième jour, ne peut téter; au quatrième jour, prend lait de la mère au biberon, puis lait d'ânesse. A sa sortie, 2.210 gr.

OBSERVATION VII

S. — M : 24 ans. Tertipare. 1 acc. en 1905, prématuré mort à un mois; en 1907, fausse-couche de six mois. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 7. Acc. prém. prov., huit mois. 3 Bougies de Krause. Mise en travail : cinquante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.320 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.120 gr. Reprise lente. Au huitième jour, diarrhée jaune. Gélatine. A la sortie : Poids, 2.280 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION VIII

Ch., femme N. — M : 34 ans. Tertipare. Un en 1905, forceps à terme, mort-né. Un acc. prém. en 1906, forceps, mort-né. Bas. aplati, généralement rétréci. Acc. prém. prov., sept mois

deux semaines. 4 Bougies de Krause. 2 Ballons de Champetier. Mise en travail : six jours. Version podalique. Suites normales.

Enfant : Poids : 2.200 gr. Chute de poids de 3 jours à 2.080 gr. A la sortie, le treizième jour, à 2.240 gr., nourri au sein maternel.

OBSERVATION IX

D., femme B. — M : 38 ans. Vlpare. 4 enfants morts. 1 bien portant. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quarante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids. 4.750 gr. Prend 5 à 10 gr. toutes les deux heures. Emploi de la gavageuse. Le dix-septième jour, l'enfant refuse de prendre le sein et le biberon. Meurt le dix-neuvième jour de convulsions.

ANNEE 1909

OBSERVATION I

W. — M : 27 ans. Primipare. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : dix heures. Crises d'éclampsie après l'accouchement. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.900 gr. Chute de poids de deux jours à 3.750 gr. Au dixième jour, placé par l'Assistance à 3.910 gr.

OBSERVATION II

P. — M : 22 ans. Primipare. Bas. transversalement rétréci. Acc. prém. prov. à huit mois une semaine. 4 Bougies de Krause. 1 Ballon de Champetier. Mise en travail : quatre jours. Forceps au détroit supérieur. Infection légère; sortie dans un état satisfaisant.

Enfant : Poids : 2.290 gr. A vécu huit heures.

OBSERVATION III

D., femme D. — M : 31 ans. Secondipare. Un acc. en 1908 à terme, vivant. Bas. vicié par pieds bots. Aplati généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente-cinq heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.740 gr. Chute de poids de deux jours, à 2.550 gr. Reprise irrégulière. A la sortie : Poids, 2.800 gr.; nourri au sein maternel.

OBSERVATION IV

B. — M : 32 ans. Secondipare. Un acc. en 1899, mort. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 4. Acc. prém. prov., sept mois deux semaines. 3 Bougies de Krause. Mise en travail: huit jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.770 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.570 gr. Reprise lente. Sorti le quinzième jour; nourri au sein maternel. Poids, 2.730 gr.

OBSERVATION V

R., femme B. — M : 24 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : cinq jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.370 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.800 gr. Reprise régulière. Sortie le douzième jour, nourrie au sein maternel. Poids, 3.310 gr.

OBSERVATION VI

B. — M : 21 ans. Primipare. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 3 Bougies de Krause. Mise en travail : quatre jours. Suites normales. Un peu d'albumine.

Enfant : Poids, 3.230 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.900 gr. Reprise lente. Au dixième jour, placée par l'Assistance. Poids : 3.450 gr.

OBSERVATION VII

B., femme C. — M : 22 ans. Secondipare. Un acc. en 1908,

à terme, en bonne santé. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 7. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quarante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.720 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.480 gr. Reprise lente. Nourri au sein maternel; sort le quatorzième jour à 2.770 gr.

OBSERVATION VIII

S. — M : 28 ans. Primipare. Bas généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : douze heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.570 gr. Chute de poids de trois jours à 2.340 gr. Reprise régulière. Au douzième jour, 2.420 gr., mis à la nourricerie Remond.

OBSERVATION IX

S., femme Ch. — M : 40 ans. XIIpare. Bas. aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : une heure trente minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.750 gr.; mort seize heures après.

ANNEE 1910

OBSERVATION I

D., femme T. — M : 29 ans. IVpare. Un acc. en 1902, mort; un acc. en 1905, mort; un acc. en 1908, provoqué en bonne santé. Bas. aplati, généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trois heures trente minutes. P. S. P., 10 cm. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.680 gr. Mort dix-sept heures après sa naissance de lésions pulmonaires.

OBSERVATION II

G., femme S. — M : 27 ans. Tertipare. Un acc. en 1902 et un

acc. en 1909, mort-nés. Bas. aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : treize heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.400 gr. Chute de poids de trois jours. Reprise irrégulière. 20 gr. complément au lait d'ânesse. Plus tard, on complète au biberon avec du lait de la mère. Sortie le vingt-quatrième jour à 2.380 gr. Allaitement mixte.

OBSERVATION III

G., femme B. — M : 28 ans. IVpare. Un acc. en 1899, vivant. Deux acc. en 1900 et 1906, morts. Bas. aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trois heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.140 gr. Chute de poids de trois jours à 2.940 gr. Reprise lente. A la sortie, le neuvième jour, 3.060 gr. Nourri au biberon.

OBSERVATION IV

S. — 28 ans. Primipare. Luxation iliaque. Bas. à forme atrophique. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : cinquante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.850 gr. Au deuxième jour, ne prend pas le sein. Au quatrième jour, 30 gr., mais le rejette. Lavage d'estomac le septième jour. Inhalation d'oxygène avant les tétées. Deux bains sinapisés par jour. Sort le dix-septième jour dans un état satisfaisant. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION V

G., femme Ch. — M : 28 ans. Tertipare. Un acc. en 1908. Un acc. en 1909, morts. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Rupture prématurée de membranes. Procidence du cordon. Version. Mise en travail : quatre jours.

Enfant : Poids, 3.600 gr. Mort-né.

OBSERVATION VI

D., femme M.— M: 18 ans. Primipare. Bas. généralement ré-

tréci. P. S. P., 10 cm. 5. Arc antérieur rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : dix heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.950 gr. Chute de poids de deux jours, à 2.830 gr. Reprise régulière. Nourri au sein maternel; sorti le douzième jour à 3.270 gr.

OBSERVATION VII

B. — M : 23 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : quatre jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.550 gr. Mis à la nourricerie Remond, le troisième jour. Poids, 2.390 gr.

OBSERVATION VIII

B. — M : 21 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 3 Bougies de Krause. Mise en travail : huit jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.810 gr. Chute de poids de trois jours à 3.520 gr. Reprise lente au sein. Placé le onzième jour en nourrice au biberon. Poids, 3.750 gr.

OBSERVATION IX

G., femme L. — M : 22 ans. Secondipare. Un acc. en 1909, forceps, mort-né. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : douze heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.900 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.690 gr. Reprise régulière. Nourri au sein maternel; sortie le douzième jour à 2.900 gr.

ANNEE 1911

OBSERVATION I

B. — M : 34 ans. Tertipare. 2 enfants à terme morts (1905-1908). Bas. vicié par fractures. Acc. prém. prov., sept mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trois heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.720 gr. Chute de poids de trois jours à 2.620 gr. Montée régulière. Sortie le dixième jour. Poids, 2.740 gr. Mort à quinze mois de méningite.

OBSERVATION II

D., femme L. — 40 ans. Secondipare. Un acc. en 1904, mort-né, forceps. Bas. aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : quarante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.560 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.400 gr. 20 gr. par tétée; on complète au biberon avec le lait de la mère. Au septième jour, sein toutes les deux heures. Au douzième jour, 30 à 40 gr. par tétée. Nourri au sein maternel; sorti dans un état satisfaisant le dix-huitième jour.

OBSERVATION III

B., femme L. — M : 22 ans. Secondipare. Un acc. prov. en 1910, vivant. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Faux promontoire. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : cinquante heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.830 gr. Chute de poids de trois jours à 2.650 gr. Mis au sein toutes les trois heures, il rejette immédiatement. Tolère tétée toutes les deux heures. Sort le onzième jour dans un état satisfaisant. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION IV

C. — M : 19 ans. Primipare. Bas. rachitique généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines.

2 Bougies de Krause. Mise en travail : trois jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.960 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.750 gr. Reprise régulière. Sortie le dixième jour à 2.930 gr. dans un état satisfaisant; nourri au sein maternel. Bonne santé en 1912.

OBSERVATION V

D., femme G. — M : 32 ans. Primipare. Bas. rachitique. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 3 Bougies de Krause. Mise en travail : six jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.010 gr. Chute de poids de quatre jours. Au onzième jour, la mère n'ayant pas assez de lait, l'enfant est envoyé à la nourricerie Remond.

ANNEE 1912

OBSERVATION I

P., femme D. — M : 31 ans. IVpare. Deux acc. à terme, enfants morts. Un acc. prém. prov. en 1908, en bonne santé. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : cinquante minutes. Procidence du cordon. Insertion basse du placenta. Version. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.510 gr., mort-né.

OBSERVATION II

M., femme D. — M : 26 ans. Secondipare. Un acc. à terme au forceps, vivant. Bas. oblique ovalaire de Nœgelé. Acc. prém. prov., sept mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. P. S. P., 10 cm. Mise en travail : cinq jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.390 gr. Chute de poids de quatre jours, puis, jusqu'au treizième jour à 1.850 gr. Mise en couveuse. L'enfant prend 25 gr. au sein. Au vingtième jour, l'enfant est sorti de la couveuse. Nourri au sein maternel à son départ; état satisfaisant. Poids, 2.100 gr.

OBSERVATION III

G., femme V. — M : 27 ans. Tertipare. Un mort-né, basiotripsie. Une fausse couche. Bas. rétréci transversalement. Rétrécissement mitral. P. S. P., 11 cm. 2. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Pituitrine. Forceps. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.780 gr. Chute de poids de trois jours à 2.550 gr. Reprise régulière. Paralysie faciale de l'enfant. Sortie le quatorzième jour, à 2.790 gr., nourri au sein maternel.

OBSERVATION IV

C., femme R. — M : 20 ans. Secondipare. Un acc. prém. prov. en 1911, en bonne santé. Bas. rachitique généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. 3 injections de Pituitrine. Mise en travail : sept jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.470 gr. Chute de poids de sept jours. Reprise régulière. Ictère au sixième jour. L'enfant prend 40 gr. toutes les trois heures. Frictions à l'alcool. A la sortie, Poids, 2.500 gr., nourri au sein maternel.

ANNEE 1913

OBSERVATION I

V., femme L. — M : 36 ans. Secondipare. Un acc. prém. provoqué à huit mois deux semaines; mort à quinze mois de méningite. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 8. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : trois jours et demi. Pituitrine. Douleurs irrégulières. Craniotomie. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.900 gr. Mort-né.

OBSERVATION II

M., femme D. — M : 27 ans. Tertipare. Un acc. à terme en

bonne santé nourri au sein. Un acc. prov. en 1912, enfant nourri au sein, mort de rougeole à un an et demi. Bas. ovalaire oblique de Nœgelé. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quinze minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.500 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.280. Reprise lente. Mis en couveuse le septième jour. Sorti le dix-huitième jour. Part le vingtième jour. Poids, 2.580 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

S., femme G. — M : 30 ans. IVpare. Deux acc. à terme, mort-nés. Un acc. prov., vivant, nourri au sein. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 3 Bougies de Krause. 1 Pituitrine. Mise en travail : quatre jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.970 gr. Chute de poids de trois jours à 2.770 gr. Reprise régulière. Sortie le dixième jour à 3.020 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION IV

T., femme A. — M : 21 ans. Secondipare. Un acc. à terme, embryotomie. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 8. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. 1 Pituitrine. Mise en travail : une heure trente minutes. Forceps. Hémorragie de la délivrance. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.900 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.670 gr. Ictère le cinquième jour. Mis à la couveuse le onzième jour. Reprise lente (bains, oxygène) ; sorti le quinzième jour. Poids, 2.720 gr. Nourri au sein maternel. Bonne santé en 1915.

OBSERVATION V

G., femme C. — M : 32 ans. IVpare. Deux mort-nés par forceps. Un acc. prém. prov. à huit mois et demi, mort-né. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov., sept mois deux semaines. 4 Bougies de Krause. 1 Pituitrine. Mise en travail : dix jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.630 gr. Mort de diarrhée verte le onzième jour.

OBSERVATION VI

B., femme L. — M : 24 ans. Tertipare. Deux acc. prov., en 1909, bonne santé; en 1911, mort d'accident à un an et demi. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : treize heures trente minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.760 gr. Chute de poids de trois jours à 2.580 gr. Mis en couveuse deux jours. Reprise irrégulière. Prend 50 à 60 gr. à chaque tétée, mais vomit un peu. Sort dans un état satisfaisant le douzième jour. Poids, 2.730 gr. Nourri au sein maternel.

OBSERVATION VII

S., femme V. — M : 29 ans. Tertipare. Deux acc. à terme, morts. Bas. généralement rétréci, rachitique. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois et une semaine. Nanisme, scoliose. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : deux heures trente minutes. Rétraction utérine. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.470 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.200 gr. Reprise régulière. Sortie le treizième jour, nourri au sein maternel dans un état satisfaisant. Poids, 2.450 gr.

ANNEE 1914

OBSERVATION I

P. — M : 23 ans. Primipare. Exostoses ostéogéniques multiples des membres. Exostoses pelviennes. Bas. un peu aplati généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente-six heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.620 gr. Chute de poids de quatre jours à 3.400 gr. Reprise régulière. Sortie le douzième jour dans un état satisfaisant, nourri au sein maternel. Poids, 3.700 gr.

OBSERVATION II

D. — M : 16 ans. Primipare. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 1. Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trois heures. Inertie utérine Suites normales.

Enfant : Poids : 2.650 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.400 gr. Reprise régulière. Sortie le douzième jour, nourri au sein maternel, dans un état satisfaisant.

OBSERVATION III

A., femme C. — M : 40 ans. Secondipare. Un enfant vivant à terme en 1904. Forceps au détroit supérieur. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.820. Chute de poids de quatre jours à 2.570 gr. Reprise régulière. L'enfant prend 30 à 40 gr. au sein et 10 à 20 gr. au biberon. Sera nourri au biberon en nourrice. Sortie le treizième jour. Poids, 2.770 gr.

ANNEE 1915

OBSERVATION I

D., femme M. — M : 31 ans. Tertipare. Deux acc. à terme, morts. Bas. rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : six heures. Procidence du cordon. Hémorragie. Infection légère. Albuminurie passagère chez la mère.

Enfant : Poids, 2.950 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.660 gr. Le neuvième jour, il prend dix gr. au sein maternel. Le treizième jour, il est mis en couveuse. Le quatorzième jour, il part en nourrice à Longchêne. Poids, 2.550 gr.

OBSERVATION II

C., femme T. — M : 29 ans. Secondipare. Un acc. à terme,

basiotripsie. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 9 cm. 8. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : cinq jours. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.550 gr. Chute de poids de trois jours à 2.420 gr. Mis en couveuse le deuxième jour, en sort le douzième. Sorti le dix-septième jour. Poids, 2.640 gr., nourri au sein maternel et dans un état satisfaisant. Mort à quatorze mois de méningite.

OBSERVATION III

A., femme T. — M : 23 ans. Tertipare. Un acc. à terme, embryotomie. Un acc. à terme, vivant. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 5. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : quarante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.520 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.300 gr. Mise en couveuse. Sort le quinzième jour. Nourri au sein maternel.

ANNEE 1916

OBSERVATION I

B., femme A. — M : 23 ans. Secondipare. Un enfant mort à terme, craniotomie. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quarante-neuf heures. Contractions exagérées. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.650 gr. Mort-né.

OBSERVATION II

L..., femme V. — M : 28 ans. Secondipare. Un acc. prov. en bonne santé. Bas. rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : six heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.450 gr. Chute de poids de trois jours à

2.950 gr. Reprise régulière. Nourri au sein maternel; sort le onzième jour. Poids, 3.100 gr.

OBSERVATION III

C. — M : 24 ans. Secondipare. Un forceps à huit mois, nourri au sein. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Ac. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : deux heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.240 gr. Chute de poids de trois jours, à 2.100 gr. Enfant mis en couveuse. Reprise irrégulière. Enfant mis à Longchêne, puis en nourrice.

OBSERVATION IV

T., femme V. — M : 34 ans. Tertipare. Un acc. à terme, vivant, forceps. Un mort-né. Bas. rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trois heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.470 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.260 gr. Reprise irrégulière. Nourri au sein maternel; sort le quatorzième jour à 2.300 gr.

ANNEE 1917

OBSERVATION I

B., femme L. — M : 29 ans. IVpare. Un acc. prov. en 1909, en bonne santé. Un acc. prov. en 1911, mort d'accident à un an et demi. Un acc. prov. en 1913, en bonne santé. Bas. généralement rétréci. P. S. P., 11 cm. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quarante-huit heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.100 gr. Chute de poids de 1 jour. Reprise régulière. Nourri au sein maternel; sort le douzième jour. Poids, 3.230 gr.

ANNEE 1918

OBSERVATION I

M., femme B. — M : 26 ans. Primipare. Bas. aplati, généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. 3. Acc. prém. prov., huit mois une semaine. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : vingt-quatre heures. Infection grave. Sortie guérie.

Enfant : Poids, 1.980 gr. Mort le huitième jour.

OBSERVATION II

D. — M : 30 ans. Secondipare. Un acc. provoqué, huit mois. bonne santé. Bas. aplati généralement rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quatre heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.030 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.600 gr. Reprise régulière; 30 gr. par tétéc. A l'Assistance le neuvième jour.

OBSERVATION III

M. — M : 21 ans. Primipare. Bas. rétréci transversalement. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : vingt-quatre heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.650 gr. Chute de poids de quatre jours à 2.450 gr. Puis, état stationnaire. Nourri au sein maternel; sorti dans un état satisfaisant. Poids, 2.460 gr.

OBSERVATION IV

L., femme D. — M : 28 ans. Primipare. Bas. cyphotique. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente minutes. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.200 gr. Reprise régulière, après une chute de poids de quatre jours à 2.900 gr. Nourri au biberon. A la sortie, 2.930 gr.

OBSERVATION V

L., femme T. — M : 25 ans. Primipare. Bas. aplati générale-

ment rétréci. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente-cinq heures. Présentation du front. Version impossible. Craniotomie. Hémorragie de la délivrance. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.020 gr. Mort-né.

OBSERVATION VI

Ch., femme D. — M : 26 ans. Secondipare. Un acc. prov. en 1917. Bonne santé. Bas. aplati. P. S. P., 10 cm. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : trente-deux heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 1.980 gr. Enfant en couveuse. Courbe régulière. Nourri au sein maternel. Sortie le onzième jour. Poids, 2.040 gr.

OBSERVATION VII

M. — M : 25 ans. Secondipare. Un acc. à terme, mort. Bas. rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 2 Bougies de Krause. Mise en travail : neuf heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.500 gr. Mise en couveuse. Prend 40 gr. au sein le huitième jour. Courbe régulière. Sortie le dixième jour; nourri au sein maternel. Poids, 2.520 gr.

ANNEE 1919

OBSERVATION I

M. — M : 29 ans. Primipare. Bas. généralement rétréci. 1 Bougie de Krause. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. Mise en travail : dix heures. Craniotomie. Suites normales.

Enfant : Poids, 3.450 gr. Mort-né.

OBSERVATION II

F., femme J. — M : 28 ans. Secondipare. Un acc. à terme, enfant mort. Bas. aplati. Acc. prém. prov., huit mois deux

semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : dix-huit heures. Suites normales (grippe).

Enfant : Poids, 2.840 gr. A la sortie, Poids, 2.610 gr. Bon état; nourri au sein maternel.

OBSERVATION III

T. — M : 32 ans. Primipare. Bas. rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. Mise en travail : quinze heures. Forceps dans l'excavation. Infection moyenne. Sortie guérie.

Enfant : Poids, 3.620 gr. Nourri au sein maternel. A la sortie, Poids, 3.750 gr.

ANNEE 1920

OBSERVATION I

C., femme T. — M : 33 ans. Tertipare. Bas. généralement rétréci. Acc. prém. prov., huit mois deux semaines. 1 Bougie de Krause. P. S. P., 9 cm. 8. Mise en travail : trois heures. Suites normales.

Enfant : Poids, 2.650 gr. Nourri au sein maternel. A la sortie, Poids, 2.620 gr.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX

Pour la Mère et pour l'Enfant - Grossesses Récidivantes

L'ensemble des observations nous donne, en ce qui concerne la mère, une statistique excellente.

A part deux infections puerpérales sérieuses (Obs. V, 1903), infection grave avec broncho-pneumonie, et (Obs. I, 1918), infection grave, sans suites fatales, et quelques infections légères banales (Obs. I, 1907) (Obs. II, 1907) (Obs. I, 1915) (Obs. III, 1919), avec élévation de température au quatrième jour, mais sans lendemain, nous constatons chez presque la totalité des femmes accouchées dans ces conditions un état « post-partum » très satisfaisant et des suites de couches normales. L'accouchement prématuré provoqué est donc tout à fait inoffensif pour la mère. Ces résultats coïncident avec les statistiques récentes des services de Maternité où la mortalité maternelle varie, dans ces interventions, entre 0 et 1 pour 100. Ce sont les chiffres de Ahlfeld (1890, *Centrall. für Gynæk.*), de Gueniot (1895, *Pratique et résultat de soixante cas d'accouchements avec bassins rétrécis*; Société obstétricale de France); de Vogt (1895), de Perret (1895, *Accouchement prématuré et symphyséotomie en pratique obstétricale*), de Pinard (1894, *Annales de Gynécologie et*

d'Obstétrique), de Bar (1900, Leçons de Pathologie obstétricale).

La morbidité du service de 6,5 % est également faible.

Nous sommes loin de la mortalité de 30 %, accusée par Stanesco, pour ne citer que lui. (Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin, basées sur 414 cas observés à la Clinique d'accouchements de Paris pendant seize années, 1869). Il est vrai, à cette époque, on ne parlait pas d'asepsie et l'on connaissait peu l'antisepsie.

Examinons maintenant quels sont les résultats pour l'enfant. Le nombre total des enfants prématurés, mis au monde à la Maternité de la Charité depuis 1903, étant de 92, nous trouvons en poids :

De 1.500 grs à 1.750.....	1 enfant
De 1.750 grs à 2.000.....	8 enfants
De 2.000 grs à 2.500.....	29 enfants
De 2.500 grs à 3.000 et plus...	54 enfants

La grosse majorité des enfants — plus de 90 % — est d'un poids supérieur à 2.000 grs. Ce poids étant une condition de viabilité pour le fœtus, et, parmi ces enfants, 60 % sont d'un poids supérieur à 2.500 grs.

Malgré un volume réduit, appelé à souffrir dans la filière maternelle déformée, le fœtus meurt quelquefois. Nous envisagerons ces enfants qui n'ont pas survécu en mort-nés et en morts pendant leur séjour à l'hôpital et nous rechercherons les causes de ces morts. La statistique nous donne treize mort-nés :

1° Un mort-né par manque de poids, 1.490 gr., et hydramnios (Obs. I, 1906).

2° Trois mort-nés dus à des accidents du travail: un par douleurs exagérées, enfant de 2.900 gr. (Obs. I, 1916); un autre par rupture des membranes et procidence du cordon, enfant de 3.600 gr. (Obs. V, 1910); un troisième par procidence du cordon, enfant de 2.510 gr. (Obs. I, 1912).

3° La disproportion du bassin et de la tête fœtale avec ses deux conséquences (basiotripsie et craniotomie) a causé cinq décès: enfant de 2.400 gr. (Obs. III, 1903); enfant de 2.480 gr. (Obs. III, 1905); enfant de 2.900 gr. (Obs. I, 1913); enfant de 3.020 gr. (Obs. V, 1918); enfant de 3.450 (Obs. I, 1919).

4° Les opérations complémentaires fournissent deux décès, tous les deux par version: enfant de 2.400 gr. (Obs. V, 1903); enfant de 2.920 (Obs. IV, 1905).

5° Enfin, deux décès dus: l'un à un circulaire serré du cordon, enfant de 1.750 gr. (Obs. I, 1905); l'autre, à une fracture de l'occipital, enfant de 2.930 (Obs. III, 1908).

Comme mortalité pendant le séjour de ces enfants dans le service, nous trouvons neuf décès: les uns consécutifs aux opérations qui ont accompagné l'accouchement; les autres à des causes secondaires.

Parmi les premiers: un décès 45 minutes après la naissance, à la suite d'un accouchement artificiel et rapide en conséquence d'une hémorragie abondante après l'introduction de la bougie (Obs. II, 1904). Un autre décès: enfant de 2.670 gr., extrait au forceps, pour inertie utérine et ayant vécu une heure (Obs. V, 1907). Un troisième: enfant de 2.290 gr., extrait après un forceps au détroit supérieur et ayant vécu huit heures

(Obs. II, 1909).

La mortalité, due aux causes secondaires, se répartit ainsi :

Un enfant de 2.980 gr., mort après quinze heures de convulsions (Obs. IV, 1908) ; un enfant de 1.750 gr., mort après dix-neuf jours de convulsions (Obs. IX, 1908) ; un enfant de 2.750 gr., mort de convulsions après seize heures (Obs. IX, 1909) ; un enfant de 2.680 gr., mort à la suite de lésions pulmonaires le premier jour (Obs. I, 1910) ; un enfant de 2.630 gr., mort le onzième jour de diarrhée (Obs. V, 1913) ; enfin un enfant de 1.980 gr., mort de débilité congénitale le huitième jour (Obs. I, 1918).

Soixante-dix enfants ont quitté le service de la Maternité dans un état normal. Parmi ces enfants, trente-cinq sont sortis ayant un poids supérieur à celui de leur naissance ; vingt sont partis avec une perte de poids inférieur à 100 gr., et quinze avec une chute de poids supérieure à 100 gr., sans excéder 300 gr. Ces diminutions de poids n'ont rien qui doive nous étonner. Ces petits prématurés prennent le sein lentement et avec peine pendant les premiers jours. D'autre part, les mères quittent le service le plus vite possible. Cependant ces enfants étaient, à leur départ, vigoureux et prenaient bien le sein. Nous avons trouvé, comme pour les enfants à terme, une chute de poids moyenne de trois à quatre jours après la naissance.

Sur un total de quatre-vingt-douze enfants, nous avons treize mort-nés, soit 14 % ; neuf enfants décédés pendant leur séjour dans les salles de la Maternité, soit 9,8 %. Enfin soixante-dix sont partis en bonne

santé, soit 76,2 % ; et M. Plauchu, dans une communication sur la mortalité des prématurés (Annales d'Obstétrique de 1913), a montré que les prématurés, nés de bassins rétrécis, suivent, deux semaines après leur naissance, le même sort vital que les enfants à terme, à condition de ne pas avoir subi de lésion graves par traumatisme obstétrical. La mortalité totale du service est donc de 23,8 %.

Si nous examinons les décès de ces enfants et si nous en recherchons la cause majeure, nous trouvons que, sur vingt-deux décès, dix sont dus à des manœuvres ou à des interventions, nécessitées par la disproportion entre le volume de la tête fœtale et les diamètres maternels utilisables. Avec la connaissance exacte des dimensions pelviennes compatibles avec un accouchement normal, ces accidents sembleraient inévitables. Mais il ne faut pas oublier que ces femmes à bassins viciés viennent souvent se faire examiner à une date trop tardive. Le moment favorable de la mise en travail est passé. L'accouchement est devenu très problématique. Ce sont des enfants d'un poids supérieur à 2.400 gr. D'autres sont morts de causes maternelles, c'étaient également de beaux enfants. Il ne reste, en réalité, que peu de décès dus à la prématuration et nous ne voyons que deux observations où il y avait eu vraiment débilité congénitale.

Ce pourcentage de vie immédiate de 76,2 % est bien supérieur à ceux trouvés en Allemagne, en 1895, par Wolflinger (50 % de mortalité) — 58 % par Hucklenbroich — 38 % par Müller. La mortalité fœtale totale du service de la Maternité, avec 23,8 %, se rapproche

des meilleures statistiques d'accouchements provoqués.

Tarnier		26,7 %
Gueniot	23 cas.....	43 %
Taubert	18 cas.....	22 %
Perret	111 cas.....	24,3 %
Bar	100 cas.....	25,7 %
Gilles	36 cas.....	24,3 %
John Moir	73 cas.....	19,1 %
Maternité de la Charité	92 cas.....	23,8 %

Ces enfants — ceci est très important — doivent être nourris au sein maternel. Pour ces petits prématurés, c'est une question essentielle, une question de vie et de mort. En dehors du lait de leur mère, ces enfants, un peu fragiles au début, ont besoin de soins attentifs. Souvent — et les observations nous l'ont prouvé — ils prennent le sein d'une façon insuffisante ou ne tirent pas. Il est nécessaire de compléter, avec un biberon du lait de la mère, ou de les gaver. Les inhalations d'oxygène avant chaque tétée donne d'excellents résultats. Enfin, pour faciliter et augmenter les échanges respiratoires, les bains sinapisés (deux par jour) et les frictions à l'alcool ont le meilleur effet. La mise en couveuse à une température de 30° à 35° est à conseiller dans la plupart des cas.

Les enfants sortis des services hospitaliers sont difficiles à suivre. Leur éloignement des centres de consultations de nourrissons, la négligence des mères les soustraient au contrôle médical. Nous aurions voulu pou-

voir suivre ces enfants. L'expérience personnelle nous a montré que, même avec les quelques adresses laissées, ce travail n'a pas été possible. La classe sociale, qui fréquente les services hospitaliers, est peu sédentaire et les soucis matériels de la vie l'entraînent dans un changement perpétuel.

Néanmoins, nous avons pu, par l'examen des observations, arriver à recueillir quelques renseignements sur ces enfants, une fois soustraits aux soins attentifs et éclairés du personnel des services. Ces renseignements ont été donnés par l'interrogatoire des malades, soit à l'occasion d'une récidive dans le service, soit à une récidive d'accouchement prématuré provoqué dans une ville ou dans un service autre que celui de la Maternité de la Charité.

Nominativement, nous avons :

M. — Un enfant en 1905, bonne santé en 1906.

D., femme T. — Un enfant en 1908, en bonne santé en 1910.

C., femme R. — Un enfant en 1911, en bonne santé en 1912.

S., femme G. — Un enfant en 1911, en bonne santé en 1914.

M., femme D. — Un enfant en 1912, mort de rougeole à un an et demi.

L., femme V. — Un enfant (à Roanne, en 1913), bonne santé en 1916.

B., femme L. — Trois enfants : un en 1909, bonne santé en 1917; un en 1911, mort d'accident à un an et demi; un en 1913, bonne santé en 1917.

D. — Un enfant en 1913, bonne santé en 1915.

C., femme D. — Un enfant de seize mois, en bonne santé en 1920.

C., femme T. — Un enfant en 1915; mort, à quatorze mois, de convulsions.

Nous n'avons pas un assez grand nombre d'observations pour pouvoir établir le pourcentage vital de nos prématurés. Cependant, en cherchant à établir une moyenne, nous trouvons trois décès sur onze enfants pendant les huit premières années. Sur ces trois morts, il y en a une par accident.

La question de la survie du prématuré a été bien étudiée. Dans sa thèse de Lyon, en 1910, sur la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de bassins rétrécis, Guibert a montré, par l'examen de quarante-quatre enfants prématurés, dont la naissance remontait de 1890 à 1908, que ces enfants avaient un développement physique et intellectuel semblable à ceux nés à terme.

Un fait intéressant à souligner à la suite de ces différentes observations est le nombre assez grand de grossesses récidivantes chez ces femmes à bassins rétrécis.

En suivant l'ordre chronologique, nous avons :

F. — Un accouchement provoqué en 1904; une récurrence, en 1906, avec deux enfants vivants.

M. — Un accouchement provoqué en 1905; une récurrence, en 1906, avec deux enfants vivants.

S., femme Ch. — Un accouchement provoqué en 1906 avec récurrences, en 1908 et 1909, et deux enfants morts

et un vivant.

P., femme D. — Un accouchement provoqué en 1908 avec récidives, en 1910 et 1912, et un enfant vivant; un mort-né et un mort après dix-sept heures.

G., femme C. — Un accouchement provoqué en 1910; une récidive, en 1913, avec un mort-né et un mort au onzième jour.

B., femme L. — Un accouchement provoqué en 1909, avec récidives, en 1911, en 1913 et 1917, et quatre enfants vivants.

M., femme D. — Un accouchement provoqué en 1912, avec récidive en 1913: deux enfants vivants.

G., femme T. — Un accouchement provoqué en 1915, avec récidive en 1920: deux enfants vivants.

Nous trouvons, pour ces dix-sept ans, six femmes accouchées prématurément deux fois; deux, trois et une, quatre fois, ces récidives s'étant terminées toutes dans le service.

Ces grossesses répétées, chez ces femmes mal adaptées à la reproduction, sont encourageantes. Elles sont, peut-être, dues à la méthode simple dont on s'est servi pour terminer, sans dommage, un accouchement toujours problématique. Et, nullement troublées dans la suite par la vision pénible d'une opération sérieuse, elles envisagent une maternité nouvelle sans crainte et sans appréhension. C'est là le gros avantage de la méthode de Krause. L'enfant aura — il est possible — pour franchir la terrible première année, une difficulté plus grande que son frère né à terme après une intervention sanglante. Mais, le plus souvent, il ne sera pas l'unique enfant.

CONCLUSIONS

De l'étude des accouchements prématurés provoqués dans le service de la Maternité de la Charité, des années 1903 à 1920, et de l'examen des statistiques, on peut tirer les conclusions suivantes :

a) Les accouchements prématurés provoqués dans les rétrécissements du bassin ne déterminent pas d'accidents maternels graves immédiats ou éloignés. Mortalité : 0 %.

Les accidents fœtaux, immédiats ou éloignés, sont plus nombreux. Mortalité : 23,8 %. Cette mortalité est souvent due à une disproportion trop grande entre le volume de la tête fœtale et les diamètres utilisables du bassin : les femmes à pelvis rétrécis se faisant souvent examiner trop tard. La mortalité due à la prématuration est infime.

b) La date de l'intervention est fixée par les dimensions absolues et les dimensions relatives du bassin et de l'enfant et par les dernières règles. Quand il est possible, par la notion d'un accouchement antérieur ayant donné, à une date connue, un enfant de poids connu.

c) L'accouchement est, le plus souvent, spontané. La

lenteur de la mise en travail facilite l'engagement de la tête aux détroits, quand la disproportion n'est pas trop considérable.

d) L'allaitement du prématuré doit être exclusivement au sein de la mère. Les grossesses récidivantes, chez ces femmes à bassin anormaux, sont fréquentes.

Le Président de la thèse,
FABRE

Vu :
Le Doyen,
POUR LE DOYEN :
L'Assesseur,
JEAN LÉPINE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 Avril 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

